

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1408	CENTRO DE SALUD - BACHILLERO	TIPO A	1723573190		1723573190						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
FALCONEZ		FARFAN		MARIA		INES	M	23/11/1988	36	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0998282030 // 0939516153		NO APORTA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD, CON APP DE DERRAME FACIAL HACE 1 AÑO. NO ALERGIAS. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DESDE LA INFANCIA CARACTERIZADO POR CEFALEA FRONTOPARIETAL, CON IRRADICACION OCCIPITAL, INTENSA EVA 9/10, DURACION PROGRESIVA, PACIENTE INDICA DURANTE TODO EL DIA, ASOCIADA A NAUSEAS QUE NO LLEGAN A LOS VOMITOS, IMPOSIBILIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA QUE NO ALIVIA CON NINGUNA MEDICACION INSTAURADA. A LA VALORACION PACIENTE ANSIOSA, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SIGNOS VITALES: PRESION ARTERIAL 130/75 MMHG, FRECUENCIA CARDIACA 89 LPM, FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 RPM, TEMPERATURA 36,6 GRADOS, SPO2 99%.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	G430	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31/3/2025	2:00 p. m.	WENDY	FARIAS	VELEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1314471598				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	